



SEINS SURNUMÉRAIRES AXILLAIRES BILATÉRAUX A PROPOS D'UN CAS

SGR ATTOLOU¹, CM LALEYE^{1,2}, MC ZOUNON¹, Y IMOROU SOUAIBOU¹, G GBESSI¹, DK MEHINTO¹

1 : Service de chirurgie viscérale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

2 : Laboratoire d'Anatomie Humaine ; Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

Auteur correspondant : ATTOLOU Gilles, attolougilles@yahoo.fr

RESUME

Les seins surnuméraires sont liés à un défaut de régression sur la crête « lactée » ce qui peut être à l'origine des foyers de tissus mammaires surnuméraire n'importe où le long de la ligne allant du creux axillaire à l'aîne. La localisation axillaire est certes relativement fréquente mais son diagnostic est moins évident et source de confusion. Nous rapportons ici un cas de seins surnuméraires bilatéraux. Il s'agit d'une patiente âgée de 37 ans admise en consultation pour masse axillaire bilatérale. Une échographie axillaire et une mammographie avaient notés un sein ectopique bilatéral sans anomalie classé ACR1. La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale bilatérale suivie d'un examen histologique qui a confirmé le diagnostic. Les suites opératoires ont été simples. Cette anomalie peut poser des difficultés diagnostiques. En effet, l'absence d'aréole et l'absence d'engorgement explique que ces tumeurs n'orientent pas d'emblée vers un sein surnuméraire et peuvent faire orienter le diagnostic à tort vers un lipome, une hidrosadénite, une adénopathie axillaire. Le traitement de choix pour la polymastie symptomatique est une exérèse chirurgicale. La polymastie est une affection malformative rare, pouvant simuler toute autre cause dans sa localisation axillaire.

Mots clés : Seins surnuméraires, région axillaire, exérèse.

ABSTRACT

BILATERAL AXILLARY SUPERNUMERARY BREASTS : CASE REPORT

Supernumerary breasts are linked to a defect of regression on the "milky" crest which can be the origin of foci of supernumerary breast tissue anywhere along the line from the armpit to the groin. The axillary localization is certainly relatively frequent but its diagnosis is less obvious and a source of confusion. We report here a case of bilateral supernumerary breasts.

This is a 37-year-old patient admitted to consultation for a bilateral axillary mass. An axillary ultrasound and a mammography had noted a bilateral ectopic breast without anomaly classified ACR1. The patient underwent bilateral surgical excision followed by histological examination which confirmed the diagnosis. The postoperative course was simple.

This anomaly can pose diagnostic difficulties. Indeed, the absence of areola and the absence of engorgement explains why these tumors do not immediately point to a supernumerary breast and can lead the diagnosis wrongly to a lipoma, hidradenitis, axillary adenopathy. The treatment of choice for symptomatic polymastia is surgical excision.

Polymastia is a rare malformative condition, which can simulate any other cause in its axillary localization.

Keywords: Supernumerary breasts, axillary region, excision.

INTRODUCTION

Les seins surnuméraires encore appelé polymastie ou hypermastie sont liés à un défaut de régression sur la crête « lactée ». La glande mammaire est d'origine épiblastique. Dès la 5^{ème} semaine de vie embryonnaire, il y a un épaississement épiblastique linéaire, paire et symétrique, allant du creux axillaire à la région inguinale pour former les bandes mammaires qui vont s'épaissir pour donner les crêtes mammaires puis régressent très rapidement. Le défaut de régression sur la crête est alors à l'origine de sein surnuméraire (polymastie ou hypermastie) ce qui peut être à l'origine des foyers de tissus mammaires surnuméraire n'importe où le long de la ligne allant du creux axillaire à l'aîne. La localisation axillaire est certes relativement fréquente mais son diagnostic est moins évident en l'absence de mamelon et ou

d'engorgement mammaire. Ce qui explique la fréquente confusion avec des lipomes ou adénopathies axillaires. Nous rapportons ici un cas de seins surnuméraires bilatéraux de diagnostic relativement aisé afin d'attirer l'attention sur les explorations paracliniques pré et post opératoire devant toute masse de la région axillaire chez la femme.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 37 ans G₃P₃, aux antécédents familiaux de, sein surnuméraire axillaire chez une parenté au 2^{ème} degré et de ménarche à 15 ans. Elle a été admise en consultation pour masse axillaire bilatérale évoluant depuis l'adolescence avec tension lors des menstruations et une galactorrhée pendant l'allaitement. L'examen physique notait de façon bilatérale une masse axillaire ovalaire avec

une peau saine en regard, bien limitée, molle, fixée à la peau, mobile selon le plan profond, indolore, mesurant respectivement 7cm x 3 cm à droite et 10cm x 4cm à gauche. Les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen physique était sans particularité (fig1).

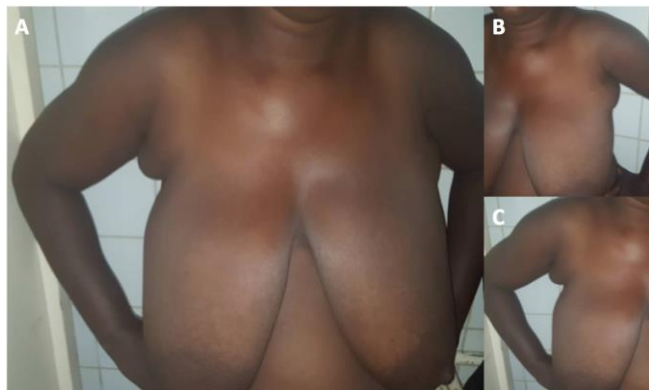


Fig1 : A) seins surnuméraires axillaires bilatéraux ; B) sein surnuméraire gauche sans mamelon faisant confusion avec un lipome axillaire gauche ; C) sein surnuméraire droit sans mamelon faisant confusion avec un lipome axillaire droit.

Une échographie axillaire et une mammographie avaient notés un sein ectopique bilatéral sans anomalie classé ACR1 (fig2).

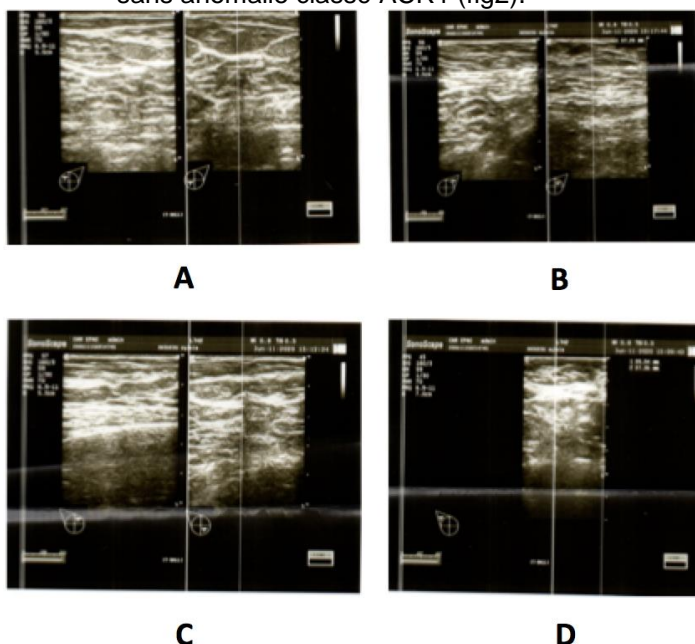


Fig2 : Seins surnuméraires d'échostructures identiques aux glandes mammaires. A et C : glande mammaire droite et gauche. B et D : sein surnuméraire axillaire droit et gauche.

La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale bilatérale suivie d'un examen histologique qui a confirmé le diagnostic de seins surnuméraires bilatéraux sans lésions tumorales (fig3).

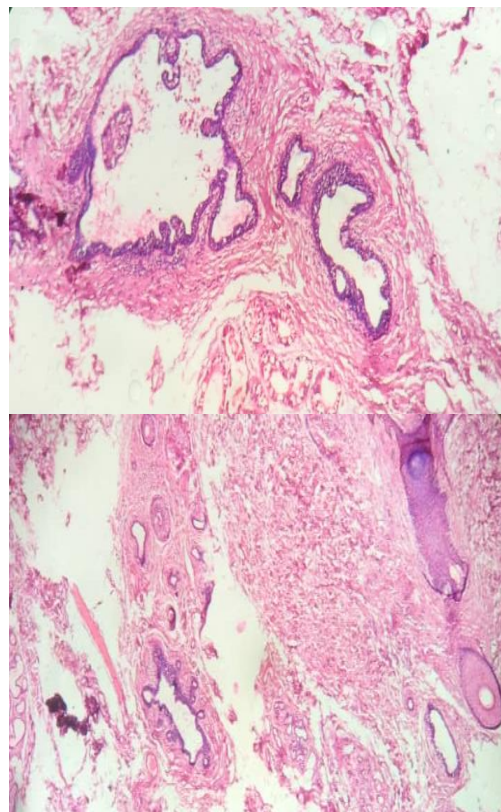


Fig 3 : Images histologie du sein surnuméraire.

Les suites opératoires ont été simples et l'évolution favorable.

DISCUSSION

A la naissance, la glande mammaire se limite à un court système de tubules, avec une aréole et un mamelon au sommet duquel s'ouvrent 15 à 20 canaux galactophores. Le développement se poursuit de façon lente pendant la période pré pubertaire puis de façon plus rapide à la puberté en fonction des influences hormonales. La persistance de tissu mammaire ectopique est secondaire aux anomalies de développement embryologique [1, 2,3].

La polymastie est présente dès la naissance mais elle est rarement décrite chez l'enfant. Généralement, elle est découverte au cours de la grossesse ou de la lactation du fait de l'imprégnation hormonale qui entraîne une augmentation de son volume ainsi que l'apparition d'une sensibilité voire même d'une douleur [4, 7,8]. Environ 67 % des glandes mammaires accessoires siègent au niveau du thorax ou de l'abdomen, le long de la ligne lactée, et 20 % au niveau de l'aisselle [4]. Des cas familiaux ont été rapportés [6-7] et il existe une hypothèse de transmission génétique autosomique dominante [8]. Dans notre observation, un antécédent familial au deuxième degré avait été trouvé. Du Tissu surnuméraire présent en tout

lieu autre que le long de la ligne des crêtes représente un arrêt migratoire du sein primordial pendant le développement de la paroi thoracique et est appelé sein extra-utérin. Du tissu mammaire aberrant ou ectopique a été signalés comme provenant de sites supplémentaires, y compris le visage, cou postérieur, poitrine, fesse, vulve, hanche, épaule, postérieur et / ou cuisse latérale, périnée, ainsi que le milieu du dos [8].

Cette anomalie peut poser des difficultés diagnostiques. En effet, l'absence d'aréole et l'absence d'engorgement pendant la gestation et la lactation explique que ces tumeurs n'orientent pas d'emblée vers un sein surnuméraire et peuvent faire orienter le diagnostic à tort vers un lipome, une hidrosadénite, une adénopathie axillaire [8]. Dans notre cas clinique, la tumeur était bilatérale sans mamelon ni aréole nous orientant donc vers un prolongement mammaire (queue axillaire de Spence) et un lipome. Dans le doute diagnostique, nous avons effectué un bilan avec confirmation histologique. Des complications sur le sein accessoire ont été rapportés à savoir : des cas de mastite, de modifications fibro-kystiques, de fibroadénomes [6], de tumeurs phyllodes ont été rapportés. La complication la plus importante à considérer est la possibilité de transformation maligne même si l'incidence de cette cancérisation paraît basse [4, 5,9].

Certains auteurs préconisent la recherche systématique de ces malformations urinaires par la réalisation d'une échographie de l'arbre urinaire [5], alors que d'autres ne les recherchent que lorsqu'elles sont symptomatiques en raison de l'association à d'autres anomalies embryologiques [9].

Le traitement de choix pour la polymastie symptomatique est une exérèse chirurgicale [10] avec comme alternative la liposuction. Aucune recherche d'autre malformation n'a été réalisée dans notre cas clinique.

CONCLUSION

La polymastie est une affection malformative rare, pouvant simuler toute autre cause dans sa localisation axillaire. La confirmation diagnostique est paraclinique grâce à l'histologie. Elle est susceptible d'être le siège des mêmes maladies que le tissu mammaire physiologique, ce qui impose son exérèse chirurgicale pour prévenir les complications.

REFERENCES

1. Guèye M, Guèye SMK, Rault S, Ronzino V et al. Breast cancer on a scar of excision of ectopic breast tissue: a case report. *Gynecol Obstet Fertil*. 2011 Mar;39(3):e55-7.
2. Hassani H, Demuynck F, Auquier F et al. Cancer du sein sur tissu mammaire ectopique : à propos d'un cas. *J Radiol*. 2009;90:1089-91.
3. Houssam Haddad¹, & Zouhour Bourhaleb², Tijani El Harroudi³, Loubna Mezouar², Mohamed El Hfid² : Cancer du sein sur tissu mammaire ectopique: à propos de 2 cas. *Pan Afr Med J*. 2012; 13: 50.
4. Abita T, Lachachi F, Durand-Fontanier S, et al. A propos d'un cas de seins surnuméraires axillaires bilatéraux. *Morphologie*. 2004;88(280):39-40.
5. Nayak S, Acharjya B, Devi B. Polymastia of axillae. *Indian J Dermatol*. 2007;52:118-20.
6. Weinberg SK, Motulsky AG. Aberrant axillary breast tissue: a report of family with six affected women in two generations. *Clin Genet*. 1976;10:325-8.
7. Galli-Tsinopoulou A, Krohn C, Schmidt H. Familial polythelia over three generations with polymastia in the youngest girl. *Eur J Pediatr*. 2001;160:375-7.
8. Anthony LT, Viera J. Breast-feeding with ectopic axillary breast tissue. *Mayo Clin Proc*. 1999;74:1021-2.
9. M. Margi*, O. Azhary, R. Oulahyane, A. Cherkaoui, M. Abdelhak, M.N. Benhmamouch : Sein surnuméraire axillaire : à propos d'un cas. *archives de pediatrie*. 2010 ; 17(8) :1162-1164.
10. S Sahu, M Husain, P Sachan : Bilateral Accessory Breast. *The Internet Journal of Surgery*. 2007;17(2) : 1-4.